



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Nettverksarbeid

Kjetil Heggem

Totalt antall sider inkludert forsiden: 28

Molde, 13.04.10



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Nettverksarbeid

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Kjetil Heggem

Fagkode: VPH705

Studiepoeng: 60

Årstall: 2010

Veileder: Kjellaug Klock Myklebust

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ja ☐nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ja ☒nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☒ja ☐nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ja ☒nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 13.04.10

Antall ord: 8693

Sammendrag:

Denne fordypningsoppgaven prøver å kaste lys over utfordringene man kan møte i samspillet med pasienter ved en alderspsykiatrisk sengepost i en utskrivelsesprosess. Jeg har erfart at man er avhengig av et godt samarbeid med flere enn pasienten, og at dette samarbeidet krever laginnsats fra alle involverte.

Pasienter med kognitiv svikt, blir spesielt avhengige av sine nærpersoner gjennom livet når sykdomsutviklingen fester sitt grep. Både pasienten og de profesjonelle må derfor sette sin lit til et konstruktivt samarbeid med nettverket rundt. Samtidig ser man ofte at de pårørende selv har behov for bistand i håndteringen av demenssykdommen og egne påkjenninger som følge av denne.

Teoretisk drar jeg inn anvendelsen av elementer fra det systemiske perspektiv. Videre ser jeg på utfordringene dette gir for pasienten selv, de pårørende og de profesjonelle som ”tar over” utfordringene når pasienten overføres til et kommunalt tilbud.

I drøftingen presenteres et nettverksmøte/samarbeidsmøte som grunnlag for diskusjon rundt elementer fra det systemiske perspektiv.

Innhold

Sammendrag:	3
.....	4
1.0 Innledning:	5
2.0 Bakgrunn for valg av problemstilling:	5
2.1 Problemstilling:	6
3.0 Narrativ:	6
3.1 For syk til å bo hjemme, for frisk for sykehjem - eller?	7
4.0 Teori	8
4.1 Systemisk perspektiv.....	8
4.2 Fire hovedkategorier av spørsmål	11
4.3 Pasient	12
4.3.1 Pasientens subjektive forståelse av demens	13
4.3.2 Betydningen av nære pårørende og øvrig nettverk	13
4.4 Pårørendearbeid.....	14
4.5 Den psykiatriske pasient i kommunehelsetjenesten	15
5.0 Drøfting	17
5.1 Empiri:	18
5.2 Nettverksmøtet/Samarbeidsmøtet	19
6.0 Konklusjon:	26
7.0 Litteratur/Referanser:	28

1.0 Innledning:

I min arbeidshverdag ved en alderspsykiatrisk sengepost i spesialisthelsetjenesten, har jeg flere ganger stått i utfordrende situasjoner i forhold til arbeidet med pasient og dens nettverk. Uten å kunne si at den ene eller den andre motarbeider hverandre, har likevel samspillet og de ulike relasjonene skapt utfordringer for de involverte. Dette interesserer meg, og jeg har kjent et stort behov for å ta et dypdykk i de prosessene dette setter i gang. Nettverket varierer i størrelse fra gang til gang, og ved utskrivelse til et høyere omsorgsnivå, blir det nye mennesker som skal involveres.

De pårørende har vist seg å være en avgjørende del av puslespillet. Om ikke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og de pårørende næres tilstrekkelig, kan prosessen bli stående i stampe eller fallere. De nære pårørende har også gjerne stått alene i kampene over lengre tid, og kan ofte selv være på bristepunktet av å trenge bistand.

Hvis ikke personalet ser den pårørende og vedkommendes behov, kan vi isteden risikere å få to pasienter. I tillegg til pasienten får vi en psykisk nedbrutt pårørende. Dette er ingen tjent med, aller minst pasienten (Solheim 2009, s. 21).

En nedbrutt pårørende vil heller ikke ha de ressursene til å bistå pasienten eller helsearbeiderne, som dette arbeidet ofte krever. Spørsmål om pasientens tidligere liv viktige brikker for å nå pasienten der han er. Som helsearbeider blir dette en langsom prosess, med mange gjetninger og feiltråkk, dersom pasienten selv eller de pårørende ikke kan trå støttende til.

Personalet ser pasienten kun som gammel og dement, noe som gir en meget snever innfallsvinkel til pasientens totale, til nå levde, liv. Jo flere bilder vi får av pasienten i alle faser av livet, desto bedre og mer helt blir det bildet vi til slutt danner oss av vedkommende. I fellesskap kan pårørende og personalet gi hverandre informasjon, støtte og veiledning. (Kirsti Solheim 2009, s. 20)

2.0 Bakgrunn for valg av problemstilling:

I egen arbeidshverdag, og i samtaler med kolleger og studievenner synes dette å være en aktuell problemstilling. Både i prosessen med overføring fra sykehus til hjem, og fra sykehus til fast plass ved sykehjem i kommunen. I begge alternativene er menneskene de samme, og spørsmålene og utfordringene like mange. Pasientene krever sine forklaringer

og tilnærminger, pårørende trenger støtte og veiledning og kommunehelsetjenesten krever sine svar og bistand ved tilretteleggingen.

Denne prosessen spiser tid. Pasienten på sin side ønsker utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten og kan ha begrenset sykdomsinnsikt. Når utskrivelsen er klar fra spesialisthelsetjenesten og pasientens side kan en eventuell forsinkelse grunnet mangel på plass eller diskusjon om plassering, gjøre at pasienten dras mot en eventuell ny depressiv fase. Denne tålmodigheten er en utfordring både for helsearbeidere og pasienter. Dette krever smidighet, effektivitet og raushet, da primært fra det profesjonelle apparatet. Det samme kan ikke kreves av hovedpersonene, selv om det kan være ønskelig og konstruktivt for resultatet. Pårørende er bekymret for hvordan det skal gå etter utskrivelsen, og kan ha ulikt syn på hvordan og når dette skal skje. Kommunehelsetjenesten er gjerne bekymret for ”den psykiatriske pasienten” som kommer, og uroer seg for sammensetningen på sin avdeling. På samarbeidsmøtene i forkant kan spesialisthelsetjenesten bli sittende i et dilemma, hvor man på den ene siden skal trygge pasient og pårørende samtidig som man skal trygge og diskutere miljøterapeutiske tilnærminger med personalet i kommunen, og hvor man føler på utrygghet fra begge sidene av bordet.

2.1 Problemstilling:

Hvordan kan vi som helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten med elementer fra det systemiske perspektiv bidra til nettverkssamarbeid i en utskrivelsesprosess til kommunehelsetjenesten?

Jeg velger å sette fokus på pårørendearbeidet, utfordringene i samspillet med pasienten og nettverket. Når man fokuserer på noe, må man gjerne utelate noe annet. Jeg vil derfor ha hovedfokus på de pårørende.

3.0 Narrativ:

Rune er en eldre mann, som har slitt med sin bipolare lidelse store deler av sitt voksne liv. Han er gift med Sofie og har tre døtre og en sønn, barna bor i ulike deler av landet. I sitt yrkesaktive liv hadde han en god jobb, og hadde mange verv i lokalpolitikken. Familien, politikk og hans bragder i yrkeslivet er hans store stolthet. Rune har nå passert 70 år, og har i tillegg til sin bipolare sykdom en begynnende uspesifisert demensutvikling, som derfor har gjort overføring/innleggelse i alderspsykiatrien formålstjenelig.

Familien har alltid stått sterkt sammen, og pasientens kone har fulgt sin mann inn og ut av sykehuset i alle disse årene. På grunn av manglende sykdomsinnsikt har ofte tvungen paragraf vært påkrevd ved innleggelser, som i seg har gjort disse traumatiske både for pasienten og hans pårørende. Når sykdommen har krevd sykehusinnleggelser har disse ofte blitt langvarige. Hans depresjoner har dratt han dypt ned, og hans maniske episoder har krevd innleggelser i lukket avdeling med ulike tvangsvedtak. Ved de siste innleggelsene har Rune blitt innlagt grunnet nedsatt stemningsleie. Han har nedsatt verbalt og nonverbalt initiativ, nedsatt appetitt og klare katastrofetanker. Maten han får tilbudt på avdelingen synes for han som ørsmå porsjoner, og dette blir tegn på at han er mindre verdt. I samvær med Rune blir det brukt mye tid på å trygge, bekrefte, forsøk på å gi han mat og drikke, og forsøke å gi hans medisiner. Dette har sjelden vært tilstrekkelig, og pasienten har derfor gjennomgått flere runder med ECT-behandling. Og på hans eldre dager har også flere somatiske plager kommet til som har krevd lengre sykehusopphold.

Rune ble ikke involvert direkte i møter rundt hans situasjon, men i de situasjonene hvor han var i stand til å håndtere tematikken, ble det gjerne en fruktbar samtale og hans synspunkter ble videreformidlet. Hans manglende innsikt og sårbarhet, som varierte med dagsform, sykdom og stemningsleie, gjorde det vanskelig å nærme seg temaet rundt hans utskrivelse. Det ble vurdert dit hen at tunge tema på feil tid ville skiple hans stemningsleie og sykdomsutvikling. I hans oppfatning, fantes det ikke et alternativ til det å bo hjemme, og han kunne sjelden innse hans og konas begrensinger.

3.1 For syk til å bo hjemme, for frisk for sykehjem - eller?

Etter nærmere fem måneders innleggelse, nærmet det seg utskrivelse for Rune, samtidig var spørsmålet om hva han skulle utskrives til, ubesvart. Kona syntes det var et tungt ansvar å skulle bestemme dette selv, og med en gjennomgående dårlig samvittighet, ble hun dratt i mellom barnas ulike standpunkt. Kona hadde mellom forrige og denne utskrivelsen prøvd å ha Rune boende hjemme, med korttidsopphold ved sykehjemmet som avlastning samt dagsenter noen dager per uke. Dette fungerte dårlig, da hun selv følte hun ikke strakk til i en heldøgnsjobb som pensjonist. Barna hadde jo sett at dette fungerte i alle år tidligere, og ville muligens ikke se at alderen satte sine begrensninger både for mor og far.

4.0 Teori

Her vil jeg presentere aktuell teori i forhold til problemstillingen spesielt og oppgaven generelt. For ordens skyld deler jeg det først i en presentasjon av det systemiske perspektiv, deretter ser jeg på utfordringene først for pasient, og så for de pårørende. Utfordringene i samarbeidet med kommunehelsetjenesten presenteres til slutt.

4.1 Systemisk perspektiv

Et viktig mål for systemisk tenkning og det praktiske i gjennomføringen av ulike nettverksmøter, er å styrke nettverket for fremtiden (Seikkula 1996).

Systemisk perspektiv har vokst frem på den psykoanalytiske/psykodynamiske grein. Fra å se på behovet for tilknytning som grunnleggende behov, og fokuset på menneskers relasjoner til betydningsfulle andre, ser man i det systemiske perspektiv på mønstrene av forhold og at alt har noe felles. Hall og Fagen definerer et system som ”et sett komponenter med relasjoner mellom komponentene og mellom deres egenskaper” (Schjødt og Egeland 1989, s. 47). Videre skriver de at underforstått er det ”helheten som skal studeres, og at denne helheten må forstås som delenes interaksjon med hverandre” (ibid).

Videre er et hvert system medlem av et større system; suprasystem. Det vil si at systemet er en del av et større hele. Familier er gjerne knyttet til slekt, barnehage, arbeidssted, sangkor, politisk parti og kanskje en skjermet enhet ved sykehjemmet. På denne måten skiller man ut og navngir essensen, og kaller disse delsystemene i et suprasystem for subsystem (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, Løkke 2002).

To viktige kriterier som avgrenser systemer fra hverandre er for det første at ”systemets komponenter interagerer med hverandre på en måte som er forskjellig fra interaksjonen med komponentene utenfor systemet” (Haugsgjerd et al. 2002, s. 241). Og for det andre at denne ”interaksjonen varer over tid” (ibid).

I begynnelsen var systemteori influert av naturvitenskapelig tenkning med lineære årsaksforklaringer der en hendelse ble forklart som årsaken til en annen. Etter hvert ble tenkningen mer systemorientert, og sirkularitet i tenkningen rundt årsaksforklaringene ble viktig. En tenkte da at problemet fantes i samhandlingen i familien, men at ett av

familiemedlemmene ofte ble symptom-bærere. Angst ble for eksempel oppfattet som en del av et samspill og ikke som noe individuelt, eller som en egenskap ved individet. (Hårtveit og Jensen 1999). ”I stedet for å studere personers egenskaper for å forstå deres atferd, rettes fokus mot kommunikasjonen mellom familiens medlemmer” (Hårtveit og Jensen 1999, s. 56).

Historisk har man beveget seg fra at virkeligheten konstrueres eller forfattes av observatøren (konstruktivisme), til nettopp at ”det språklige og sosiale er reflektert inn som forutsetninger for den konstruktivistiske tenkemåte” (Wifstad 1997, s. 111), altså sosialkonstruktivisme og 2. ordens kybernetikk. Terapeuten må ”inkludere seg selv i forsøket på å skape mening” (Hårtveit og Jensen 1999, s. 56). Dette krever også en bevissthet av egen posisjon til systemet. Det krever engasjement og evne til metaposisjonering på samme tid. Den systemiske modell hjelper oss til å forholde oss til de andre; både pasienter, medaktører og profesjonelle på en måte som reduserer friksjon og konkurranse, og som inspirerer til konstruktivt samarbeid (Vedeler 1994).

Harlene Anderson og Harry Goolishian, har hatt stor betydning for utviklingen av systemisk perspektiv. De arbeidet for en demokratisering av familierapien. De ville bort fra å være en slags redaktør av klientens historier, til å bringe omsorg og reell dialog inn i terapien. De ville legge til rette for en mer genuin samtale, hvor terapeuten var mer tilstedeværende sammen med klienten. ”En samtalepartner blant flere samtalepartnere med et likeverdig forhold og med gjensidig respekt for hverandre” (Wifstad 1997, s. 172). Å forholde seg lyttende var viktigere enn å innta en rådgivende rolle. Man skulle delta i samtale som likemenn (Wifstad 1997).

Norge har fått kjennskap til denne retningen mye takket være Tom Andersen og hans kolleger. De følte etter hvert en frustrasjon over den strategiske arbeidsformen som var i vinden, og klarte i samarbeid å gjøre noe konstruktivt utav sine frustrasjoner med å åpne terapirommet. Dette ble gjort ved at klientene fikk mulighet til å lytte til terapeutenes diskusjon og refleksjoner om situasjonen under selve terapisettingen. Utviklingen av dette resulterte i det som senere ble kjent som ”det reflekterende team” (Hårtveit og Jensen 1999).

Tom Andersens reflekterende team introduserte også bruken av enveis-speil i terapirommet. Bruken av enveis-speil var en ressurskrevende prosess, og formen har etter

hvert blitt forenklet. Ved en strukturering av samtalene og en bevisst plassering av menneskene i møtet, har man klart å oppnå effekten av enveisspeilet på en enklere måte uten det fremmedgjørende elementet som speilteknologien gir (Wifstad 1997).

Sentralt i systemisk terapi er sirkulær spørring. Hensikten er todelt, hvor det både skal gi terapeuten informasjon om relasjonene, samtidig som det fungerer som en behandlingsstrategi. Man oppfordres til å se seg selv relasjonelt, og på samme tid hvordan dette tar seg ut sett fra andre familiemedlemmers synsvinkel (ibid). ”Medlemmene løftes så å si ut av en lineær forståelse og inn i en verden av sirkulær årsakssammenheng” (Hårtveit og Jensen 1999, s. 152).

Milano-gruppen har utviklet tre grunnleggende prinsipper som skal styre terapeutens måte å lede intervjuet på; hypotesebygging, sirkularitet og nøytralitet. Alle tre har ulike fokus, men er likevel knyttet til hverandre (Tomm 2003).

Hypotesebygging handler om å utvikle alternative forklaringer eller kart på de problemer som familien kommer med. Hypotesene fokuserer terapeuten på å stille de spørsmål som gir informasjon, som bekrefter eller forkaster det først antatte. For at hypotesene skal ha verdi må de være relatert til, men likevel forskjellig fra familiens egne hypoteser om problemet/saken, om ikke blir de enten irrelevante eller hindrer ny informasjon i å komme frem (ibid).

Den sirkulære utspørringen speiler den praktiske siden av prosessen ved systemisk hypotesebygging. Terapeutens spørsmål skal frigjøre informasjon fra familien. Disse spørsmålene er basert på de grunnleggende forestillingene om at informasjonen ligger i forskjellene, og at atferdens praksis er hentet fra situasjonens sammenheng.

Forskjellsspørsmål, hypotetiske spørsmål, triadiske spørsmål eller spørsmål angående effektene av viss adferd er eksempler på slike spørsmål (ibid).

Den nøytrale terapeuten er ikke interessert i å klandre noen eller å forandre systemer, men er heller nysgjerrig og interessert i å forstå hvordan samspillet fungerer. Systemet har sin egen forklaring (ibid).

Nøytralitet innebærer at terapeuten inntar en metaposisjon i forholdet til det enkelte familiemedlem, til deres adferdsmønster, til hva de tror og anser som viktig/uviktig/rett/galt. Terapeuten bør ikke bruke nøytraliteten for å oppnå en bestemt innvirkning på familien. Effekten av nøytraliteten og spørsmålene bør være de spontane

resultatene på terapeutens nysgjerrighet. Familien skal ikke sitte igjen med svaret på spørsmålet om hva terapeuten mener skal forandres i familien (ibid).

Det kan være svært utfordrende å forholde seg nøytral i terapisisituasjoner, om enn mulig. Man kjenner seg i igjen i beskrivelser, har sine egne livserfaringer og har vanligvis lettere for å forstå mennesker med like forståelsesrammer som en selv. Samtidig ønsker man å hjelpe familien. Utfordringen blir å bistå uten det mål at man skal forandre familien, men øke handlingsrommet for at familien ser løsningene og endrer seg selv (ibid).

4.2 Fire hovedkategorier av spørsmål

Milano-gruppens fire hovedkategorier av spørsmål gjør det mulig å systematisere samtalen med familien eller nettverket. Målet med samtalen er å frigjøre informasjon i systemet, skape nye forskjeller og bidra til at familien lærer noe nytt om seg selv og øker rommet for handling (Tomm 2003).

Forventningen til terapeuten er at han skal bidra til en konstruktiv forandring i familien/medlemmet problematiske opplevelser og adferd. Terapeutens posisjon i den terapeutiske samtalen innebærer ikke bare et spesielt ansvar, men også privilegier. Helt legitimt kan terapeuten stille personlige og private spørsmål, selv om dette kan frembringe sårbare sider hos familien/medlemmet. I dette privilegiet ligger både en risiko for ytterligere skade og muligheter for forbedringer. Det er terapeutens måte å gjennomføre samtalen og måten han stiller spørsmålene på, som gjør forskjellene (ibid).

Lineære: Her opptrer terapeuten som detektiven som forsøker å avsløre et innviklet mysterium. Innerst i løken ligger problemets opphav - man stiller derfor spørsmål etter spørsmål for til slutt komme inn til kjernen av problemet. "Hvem gjorde hva? Hvor? Når? Hvorfor?" Det er vanlig å innlede med noen slike lineære spørsmål (ibid).

Strategiske: Ved strategisk spørsmålsstilling innehar terapeuten en lineær forståelse og opptrer som en dommer. Han forteller familien hvilke feil de har begått, og hvordan de bør handle istedenfor. Intensjonen er korrigerende. Det antas at det er mulig å interagere instruerende, og man forsøker gjennom strategiske spørsmål å få familien til å endre seg til å tenke/handle på en måte som terapeuten anser som mer riktig. Noen kan kjenne seg

”tråkka på” av slike spørsmål, mens andre finner dette forenlig med sitt vanlige interaksjonsmønster (ibid).

Lineær og strategisk spørsmålsstilling har gjerne systemet brukt selv mot hverandre og i sine indre dialoger. For å nå frem til forskjellene eller andre historier, må terapeuten spørre på en annen måte enn familien selv har gjort, da primært med sirkulære spørsmålsstillinger (ibid).

Sirkulære: Her opptrer terapeuten som en oppdagelsesreisende på leting etter den forsvunne by. Disse spørsmålene stilles også for å orientere terapeuten om familiens situasjon, men de støttes på sirkulære antagelser om de mentale fenomeners natur. Intensjonen er fremfor alt utforskende. Spørsmålene formuleres for å løfte frem mønstrene som binder det hele sammen. Generell nysgjerrighet til hvordan hendelser, symptom eller problemet muligens kan være koblet til hverandre (ibid).

Refleksive: Her oppmuntrer terapeuten familien til selv å mobilisere sin egen evne til problemløsning, og opptrer derfor mer som en guide som viser vei på en indirekte eller generell måte. Intensjonen er å legge til rette for endring. Forståelsen er sirkulær og spørsmålene skal stimulere familien til å reflektere over meningen i sine daglige aktiviteter og handlinger, og å tenke over nye valgmuligheter (ibid).

4.3 Pasient

Alle mennesker er unike individer. Dette gjelder i aller høyeste grad mennesker med kognitiv svikt. Det finnes ikke manualer som forteller pårørende eller helsearbeidere hvilken tilnærming som anbefales for alle med denne sykdomstilstanden. Man må ha en fylldig verktøykasse og tilpasse tilnærming og verktøyet fra det ene øyeblikket til det neste. Det som hindrer at Per blir urolig på formiddagen, hjelper ikke senere på dagen. En slik tilnærmingsfilosofi gjelder for behandling og tilnærming til de fleste lidelser, men tiltakene man benytter overfor mennesker med kognitiv svikt blir likevel stående i en særstilling (Eidem Krüger, Lillesveen, Nåvik, Mork Rokstad, Wogn-Henriksen, Øvereng 2007).

Hjerneskadene som sykdommen forårsaker, gjør at pasienten blir sårbar for alle endringer, i det indre så vel som det ytre miljøet. Medisiner virker ikke som forventet. Somatiske sykdommer manifesterer seg på nye måter. Psykologiske og

sosiale motganger mestres ikke på vanlig vis. Bomiljøet kan skape uforutsigbare reaksjoner. (Eidem Krüger et al. 2007, s. 100).

4.3.1 Pasientens subjektive forståelse av demens

Cheston og Bender (Engedal og Haugen 2006) bruker bildet på hvordan man fokuserer et motiv ved fotografering. Mennesker med demens har ikke blitt fokusert som personer, men dessverre sett på som individer med en hjerneorganisk skade. De skriver videre at den viktigste oppgaven for helsearbeidere er å forstå pasientens subjektive verden, fremfor å spekulere i hvilken del av hjernen skaden har oppstått. De mener at helsearbeidere i demensfeltet behandler fremmede individer, uten å ta hensyn til pasientens levde liv. Vi vet for lite om menneskene, og ser de derfor vagt for oss. Målet bør være å zoome inn personene som de menneskene de er (Engedal og Haugen 2006).

Det angis at forekomsten av betydelig depressiv symptomatologi er over 40 % i norske sykehjem, som er forårsaket av ulike faktorer som hjernesykdom, kroniske tilstander, endrede livsforhold og mange tap, fremfor alt tap av autonomi. Konsekvensene av å eldes spiller en rolle; man blir mer langsom, aktivitetsnivået lavere, aksjonsradiusen mindre, syn og hørsel dårligere. Å holde tritt i en stadig mer pulserende verden kan være problematisk. I tillegg gir aldringen endringer i ulike signalsubstanssystemer som gjør hjernen mer sårbar for psykososial endring (Engedal og Haugen 2006).

Personalet henvender seg til Per i dagligstuen. "det er middag, vil du slå følge inn til matbordet"? Per tar personalet i armen, og følger med gjennom korridoren. Per har vært en fysisk aktiv mann hele livet, men nå har stegene blitt kortere og bevegelsene tregere. Midtveis ser Per opp på personalet som følger han, og beklager seg over at det går så sakte. Han sier han skammer seg. Personalet "trøster", og sier at "vi har jo all verdens med tid". Ved døren inn til matsalen sier personalet "sånn Per, da er vi fremme". Per ser opp på personalet med et spørrende blikk, før han ser at bordet er dekket, rister på hodet og sier "at jeg skulle bli sånn..."

4.3.2 Betydningen av nære pårørende og øvrig nettverk

Borg og Topor (2007) skriver om betydningen av *den røde tråden* for pasientene. De pårørende representerte den røde tråden og hadde en helt sentral plass i bedringsprosessen, og var "en kontinuitet der ingen andre ivaretok en slik funksjon" (Borg og Topor 2007, s. 73). De som alltid har vært til stede, i medgang og motgang, ved innleggelser, utskrivelser

og i hverdagen. ”Mange opplevde at det rett og slett var helt avgjørende at pålitelige mennesker var til stede underveis” (Borg og Topor 2007, s. 73). Man kan ofte undre seg over hvordan pasientene ville greid seg uten disse nære relasjonene. Det er en enorm og uoverkommelig rolle å påta seg som profesjonell, og som heller ikke videre vil lykkes om intensjonene er der aldri så mye. Den gjensidigheten som relasjonene i pasientens nettverk innehar, vil aldri bli den samme mellom pasient og hjelper. Hva man gjør i de situasjonene hvor pasientene mangler slike betydningsfulle andre, er likevel et viktig spørsmål, men som jeg velger å forlate til fordel for oppgavens problemstilling for denne gang.

4.4 Pårørendearbeid

I realiteten er pasientens nærmeste pårørende, sammen med pasienten selv, de eneste som kan fortelle personalet noe om hvem pasienten egentlig er. Nære pårørende kan fortelle om hvordan de selv har oppfattet pasienten i løpet av livet, både som ung, middelaldrende, gammel og som dement. På denne måten blir de en viktig behandlingsnøkkel, idet de kan være behjelpelig med viktig kjennskap og informasjon om pasientens livshistorie (Solheim 2009, s. 20).

Også pårørende kan bli deprimerte, samt at eventuelt eksisterende psykisk lidelse kan forverres. Ulike undersøkelser har anslått at mellom 15 og 50 % av pårørende til mennesker med demens utvikler depresjon. Selv somatiske sykdommer har vist seg å øke og forverre seg, spesielt sykdommer i hjerte -og karsystemet. Det er rapportert hyppigere legebesøk, økt bruk av legemidler og høyere sykefravær enn hos mennesker uten personer med demens i nær familie. Siden det meste av dagene går med til å gi og organisere omsorg, kan dette føre til at man blir sosialt isolert. En stor omsorgsbyrde gir mindre tid til å holde kontakt med venner, samtidig som flere oppgir at venner trekker seg unna. Noen holder seg borte fra sosiale sammenhenger for å beskytte personen med demens, eller seg selv fra det de opplever som et stigma (Engedal og Haugen 2006).

Etter et langt samliv, kan pårørende sitte igjen med sammensatte følelser etter sykdomsdebuten. Minnene om sin ”friske” ektefelle kan bli fjerne og ugjenkjennelige når symptomene på en demenssykdom manifesterer seg, og savnet og sorgprosessen kan bli tung å håndtere. Hvilke mål den enkelte pårørende har for sitt bidrag til omsorgen, og hvilket overskudd de har til å bevare relasjonen kan variere. Selv om enkelte ikke har

mulighet til å involvere seg like mye, opphører engasjementet og bekymringene som regel ikke ved døra til sykehjemmet (Eidem Krüger et al. 2007).

Det kan etter hvert bli tungt for pårørende å besøke sin ektemake eller far/mor, ettersom demensutviklingen eller personlighetsforandringene gjør seg mer og mer fremtredende. Samtalene blir ikke det samme som før, tilbakemeldingene eller komplimentene uteblir, og tematikken kan preges av repetisjoner. Da kan det være godt for både pasient og pårørende å bli bekreftet som det ekteparet eller den familien de er, og ikke la tilbakemeldingene bli preget av siste ukes sykdomsutvikling eller utageringer. ”Så koselig at kona di er her” kan være et eksempel på en slik bekreftelse. Her blir ekteparet sett av helsearbeideren, han får hjelp til å takke kona for tilstedeværelsen, og gir kona en tilbakemelding om at hun er ønsket, indirekte fra ektemannen. (Eidem Krüger et al. 2007).

Familier med et godt og støttende nettverk er mindre utsatt for stress. Det kan likevel være konfliktfylt å diskutere omfang av funksjonssvikt, hjelpebehov eller om der i det hele tatt foreligger en demenssykdom. I en tidlig fase av sykdomsutviklingen, kan personer med demens klare å kontrollere symptomene i korte perioder, mens man eksempelvis har besøk. Besøket vil derfor ikke oppleve denne personen som så syk, som de som har den daglige samhandlingen. Derfor er det å snakke sammen og bli enige om hvordan hver enkelt skal hjelpe til, svært viktig (Engedal og Haugen 2006).

Dersom familien har hatt en god relasjon til hverandre før sykdommen inntraff, samt et godt sosialt nettverk står de bedre rustet til å redusere betydelige påkjenninger og helseskader i ettertiden. Det er også avgjørende om de pårørende tilegner seg kunnskaper om sykdommen, og øker sine kommunikasjons – og problemløsningsevner. Dette sammen med psykososial behandling kan gi pårørende, nettverket og selvsagt pasienten økte evner til å mestre utfordringene de møter (ibid).

4.5 Den psykiatriske pasient i kommunehelsetjenesten

Med økt åpenhet, kunnskap og øremerkede midler fra staten har det blitt forsøkt ulike tiltak rundt om i landet i forhold til mennesker med behov for noe utover en tradisjonell somatisk sykehjemsavdeling. Det finnes i dag eksempelvis bokollektiv, omsorgsboliger, skjermede enheter og forsterket skjermede enheter, men dette er ingen mal og variasjonene er mange. Men mennesker med demens og atferdsforstyrrelser faller mellom alle stoler.

Etter en eventuell innleggelse i spesialisthelsetjenesten, blir pasientene definert ferdigbehandlet når utredning og diagnostikk er gjennomført. Da skal pasienten hjem, gjerne til en kommune uten økonomiske eller faglige ressurser til å gi det tilrettelagte tilbudet som anbefales fra spesialisthelsetjenesten. Pårørende og ansatte fortviler, og pasientene ”vandrer” mellom kommunenes nødløsninger (Engedal og Haugen 2006). Med knappe ressurser og fulle sykehjemsavdelinger, er økt arbeidspress med de samme ressursene en lite velkommen utfordring. Alle kan nok kjenne at det kan ”koke i toppen”, når man i utgangspunktet er stresset og blir stilt overfor nye tid -og ressurskrevende oppgaver. Mange har etterspurt generelle normer for personalet i slike enheter og sykehjem. Hver enkelt kommune bestemmer selv antall hjemler for sine virksomheter. Det samsvarer sjelden forholdet mellom hvem som bor i enheten, og antall og sammensetning av personalet som skal ta seg av behandlingen og omsorgen. At disse pasientene som regel har alvorlige atferdsforstyrrelser i tillegg til sin demensdiagnose, og at dette stiller store krav til personalet, blir sjelden tatt nok hensyn til (Engedal og Haugen 2006).

Kirsti Solheim (2009) skriver om personalets belastninger i arbeidet med personer med demens. Hun påpeker at det ikke bare er pasientgruppen i seg selv som er krevende, men at forholdene rundt i liten grad har vært tilfredsstillende. Lokalene og bemanningsplanene har vært mangelfulle sett i forhold til den type omsorg som skal utføres. I tillegg har personalet ofte liten formell kompetanse, ledet av dårlig målstyring og mangelfull organisering. Dette er faktorer som bør få varselslampene for utbrenthet til å blinke, sammen med tegn på frustrasjon og oppgitthet. Mistrivsel blant personalet vil vises i kroppsspråk og holdninger, og utrygghet og negative undertoner fester seg i miljøet. Faktorer som lett smitter og fanges opp både av ansatte og pasienter. Dette kan igjen føre til ytterligere frustrasjoner, angst og utagering i form av katastrofereaksjoner. Resultatet blir at personalets problemer kommer i fokus, istedenfor pasienten.

Et skreddersydd omsorgstilbud krever et gjensidig og forpliktende samarbeid mellom personalet og pårørende. Dette kan være tidkrevende og utfordrende, siden det da kreves at alle trår til, for å kunne gi og få av hverandre. For å lykkes må personalet være villig og oppmerksom til å se de fysiske og psykiske påkjenningene som de pårørende utsettes for over tid (Solheim 2009). Videre skriver hun at om vi ikke ser og aksepterer dette, ”kan vi komme til å forvente og kreve at den andre gir noe som han i realiteten ikke har muligheten for å gi” (Solheim 2009, s. 21).

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparat har rett på å få opprettet individuell plan (IP) (Engedal og Haugen 2006). Intensjonen med individuell plan er å sørge for at planens hovedperson får være nettopp dét; i sitt eget liv. Med bistand fra en IP-koordinator, kan en individuell plan være en veiviser til det livet personen ønsker å leve (Lemvik2006).

Et viktig spørsmål for de ansatte i hjelpeapparatet bør være hvordan en kan ivareta et relasjonsperspektiv i forhold til pårørende både før og etter flytting til institusjon (Eidem Krüger et al. 2007).

For å legge til rette for god omsorg både i hjemmetjenestene og i institusjon blir det viktig at ansatte forstår hva pårørende strever med, og hva de har som mål å få til for og sammen med den demensrammede (Eidem Krüger et al. 2007, s. 327)

Enkelte ønsker kanskje å leve sammen så nært opp til livet de levde sammen, andre har behov for en distanse i forhold til besøk og besøkets innhold.

For å vite om ønskene og behovene til den enkelte, både pasient og dens pårørende, må man snakke sammen. Her har de ansatte et stort ansvar både i forhold til å initiere til møter i forkant, ved flytting og etter at pasienten har flyttet inn på institusjon. Samtidig er det viktig å se den enkelte, og legge til rette for å kunne ta opp spørsmål og utfordringer langs etter. I en hektisk hverdag er dette en utfordring, men ansvaret kan likevel ikke fraskrives. Tiden dette tar må ses i forhold til nytteverdien et godt samarbeid gir i forhold til bedre kjennskap til pasienten og dens familie, de behovene de har, og ressursene man kan dra gjensidig nytte av.

5.0 Drøfting

Sterke krefter settes i gang når spørsmål som er så nære som eksempelvis far eller mors vurdering av boevne, egenomsorg og omsorgsnivå kommer opp. Gamle minner strømmer på, kanskje far en gang har sagt at han ”aldri skal på gamlehjem”. Man ser at den ene ektefellen sliter seg ut både fysisk og mentalt med omsorgen til den andre, gjerne døgnet rundt. Noen klager høylydt, andre isolerer seg og sliter med dette i sitt indre. Barna kan være enige eller dypt uenige, og diskusjoner om hvem gjør hva og mest, kan splitte tidligere gode søskenforhold. Noen holder med mor, andre far - og plutselig har det dannet seg to eller flere kjempende fronter.

Dette er ikke uvanlige problemstillinger, og understreker hvor viktig det er å ha verktøy som mobiliserer nettverket ved slike veiskiller. Det er fullt ut forståelig at man ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Å skulle planlegge hva man skal gjøre når sykdom og livskriser inntreffer, kan være vanskelig å gjøre på forhånd.

Når tiden for utskrivelse nærmet seg, ble Runes kone spurt om hva hun trodde måtte til for å finne en løsning. Det ideelle for henne ville være å samle barna, spesialisthelsetjenesten, det kommunale apparatet og fastlegen for at alle skulle få muligheten til å si sitt, få den samme informasjonen og møtes. Men hun trodde ikke dette ville la seg gjøre, på grunn av barnas travle jobber og at de var bosatt på forskjellige steder, langt hjemmefra. Dette ønsket ble tatt på alvor, og noen dager etter var vi samlet på fastlegens kontor. Alle var representert, med hjelp av telefonforbindelse med barna som bodde lengst unna.

5.1 Empiri:

Å skulle bestemme seg, og senere gjøre alvor av å ”plassere” sin ektefelle på institusjon, setter ofte i gang mange og store følelsesmessige påkjenninger. Mange kjenner tristhet og sorg over realiteten. Andre kan kjenne på lettelse over å endelig bli hørt, andre kan kjenne på urettferdighet. Hvorfor akkurat meg eller oss? Hva med alt det vi skulle få tid til som pensjonister sammen? Så blir energien og tiden istedenfor brukt på spørsmål og utfordringer rundt den syke, sykdommen og veien videre. Så ble det ikke hus i Spania, overskudd til overnattingsbesøk av barnebarn eller bridge-klubb. Urettferdigheten kan også gå over i irritasjon og sinne, når personlighetsforandringene som følger sykdommen gjør seg gjeldene.

Lojaliteten til ekteskapsløftet som ble gitt når begge var unge, friske og forelsket kan være vonde å kjempe med i en slik fase. Uansett hvor mye de stiller opp for sin ektefelle, kan den dårlige samvittigheten komme krypende, og stille det stikkende spørsmålet om hvorfor de ikke stiller opp enda mer? Ekteskapsløftet ble også et tema i en samtale med Sofie. På tross av tiår med sykdom, en kamp med det syke hos Rune når han ”ikke var seg selv”, fire barn som krevde sitt, bygde-snakk og utmattelse, hadde Sofie likevel holdt ut- i tykt og tynt. Og sett utenfra gjorde hun en formidabel innsats for Rune, de fire barna, og var et engasjert menneske i og utenfor hjemmet. Tankene om å gi opp kunne komme, i perioder oftere og tanken mer besluttsom. Men Sofie valgte å bli. Når tanken om institusjonsplass etter hvert gjorde seg gjeldene, følte hun dette som en konflikt i forhold til ekteskapsløftet.

Selv om valget om å bli hos Rune og fortsatt holde sammen var tatt for mange år siden, følte hun nå at dette var en ufrivillig skilsmisse. At de nå ikke skulle bo sammen, at Rune aldri skulle bli utskrevet for å komme hjem føltes som et brudd fra det løftet de ga hverandre når de ble gift.

Sofie bekymret seg også for ensomheten og mangelen på hjelp fra Rune som hun så lenge hadde håpet på i hans stabile faser. Hun fryktet også at venner skulle dra seg unna eller ”aldri” møte henne og Rune i deres eget hjem igjen.

5.2 Nettverksmøtet/Samarbeidsmøtet

Her vil jeg vise hvordan møtet med Sofie, barna og helsetjenestene gikk, samtidig som jeg fletter inn min diskusjon innimellom. For å skille møtet fra diskusjonen skrives diskusjonen med vanlig skrift og selve møtet i kursiv.

Møtet startet med at fastlegen presenterte seg selv, og ba de andre om å gjøre det samme. Videre lot han spørsmålet ”hva uroer dere mest i Sofie og Rune sin nåværende situasjon”? ligge i luften tilgjengelig for de som måtte ønske å svare på det. Barna var raskt ute.

Man skal bevege seg fra det vanlige mot det mer uvanlige, uten å være for uvanlig. Det gjelder både samtalsens ytre omstendigheter, samtalen innhold og samtalsens form. De ytre omstendigheter omfatter samtalerommet og all den teknikken det etter hvert har fått. Samtalsens innhold dreier seg om temaene det snakkes om. De kan gjerne være litt brennbare, men ikke for mye. (Hårtveit, Johnsen, Tømmerås 1988, s. 73)

I forhold til de fire hovedtypene av spørsmål som jeg har skrevet om, er det vanlig å starte med noen lineære spørsmål som utgangspunkt for et slikt møte. De lineære spørsmålene skal virke problemforklarende eller problemdefinerende. Etter presentasjonsrunden valgte fastlegen å gå rett på et refleksivt spørsmål, som vist over. På grunn av samarbeidet med familien over lang tid, hadde både spesialisthelsetjenesten og fastlegen et inntrykk av hva som ville være kjernen på dette møtet. Jeg ser for meg at åpningen ville vært annerledes, dersom man som i Seikkulas arbeidsmåte, møter familien for første gang med en snever bestilling.

Fastlegens refleksive åpningsspørsmål mobiliserte deltakernes innsats til problemløsning tidlig, og spørsmålet var åpent og undrende. Ordvalget i spørsmålet var likevel ikke uten

føringer, da fastlegen forutsetter at alle uroer seg over situasjonen og temaet for møtet blir satt av han og ikke i fellesskapet.

Videre ser jeg at dette spørsmålet på sett og vis ekskluderer Sofie fra å svare, det ga rom for barna å snakke om sin uro, men lukket denne muligheten for Sofie. Ved å omformulere spørsmålet, og spørre ”hvorfør møtes vi her i dag?”, kunne også hun få komme med sine bekymringer, uten at svarene nødvendigvis hadde vært annerledes. Et slikt spørsmål har heller ingen føringer på hvilke følelser de involverte burde sitte med.

Seikkula (1996) skriver om terapeutenes individuelle måte å utvikle sin arbeidsmåte på. ”Det finns dock inte ett enda rätt sätt att genomföra ett nätverksmöte”. ”Varje terapeut utvecklar sitt eget arbetssätt som matchar terapeutens egna egenskaper på bästa sätt”(Seikkula 1996, s. 95).

Datter 1 var bekymret for far sin situasjon, hun var klar på at han ville ha det best hjemme, og ikke på et eventuelt sykehjem med søvnige rullestolspasienter med tutekopp og smikke. Datter 2 var enig med søsteren, men uroet seg for at dette skulle ende som forrige gang med noen få måneder hjemme med påfølgende akutt-innleggelse med måneders varighet. Datter 3 forble taus, og man hørte tydelig at hun gråt i telefonrøret. Sønnen som har kortest vei hjem til foreldrene tok ordet, og sa at han så at mor var utslitt, selv etter en innleggelse på nærmere fem måneder. Videre undret han seg over hvilken støtte far ville ha i mor, om hun slet seg helt ut. Kanskje ville en sykehjemsplass gi begge en forutsigbarhet som var mer holdbar for begge. Datteren som ikke hadde sagt noe til nå, følte at hun skulle frata far det som han aller helst ville, og syntes det verste var at han manglet innsikten til å være delaktig i prosessen. Hadde han bare hatt denne kapasiteten, trodde hun dette ville vært så mye enklere. De korte tilbakemeldingene innimellom, tydet på at argumentene var kjente og forståelige for alle. Men at dørstokken ut av hjemmet var merkbar høy. Hun henvendte seg til fastlegen, og spurte om han ikke så noen mulighet for at far kunne bo hjemme.

Både i dette avsnittet og senere i møtet ser det ut til at sønnens undring rundt hvilken støtte far ville ha i mor, om hun slet seg helt ut, ble forskjellen som gjorde en forskjell. Spørsmålet viste seg å være et viktig spørsmål, og som forandret eller hadde avgjørende betydning for utfallet av møtet (Tomm 2003).

Gjennom hele møtet kreves det årvåkenhet og varhet fra helsearbeiderne. Viktig informasjon kan leses gjennom kroppsspråk, lengden på svarene, bruk av blikk-kontakt eller mangel på dette. Hvem blir fornærmet eller brydd av de andre, og hvem er det som fornærmer? Hva lokker frem smil og latter, og hvem gir positive tilbakemeldinger, og til hvem? På denne måten kan helsearbeideren vise hensyn til deltakerne, samtidig som det gir verdifull informasjon om relasjonene, som han sjekker ut ved bruk av spørsmålsstillinger i løpet av møtet. Dette kan også gi tegn til terapeuten om spørsmålene bør justeres, eller om de er forenlig med nettverkets eget språk. Dette kaller Seikkula å utvikle seg i fellesskap; co-evolusjon (Seikkula 1996).

Fastlegen og spesialisthelsetjenesten reflekterte rundt det som hadde blitt sagt, og ga tilbakemeldinger om at de hadde forståelse for at dette var vanskelige valg. Videre undret de seg rundt spørsmålet om ikke en eventuell institusjonsplass ville gi økt livskvalitet, overskudd, forutsigbarhet og trygghet gjennom nær kontakt med sykehjemsavdelingen, fremfor det motsatte. De poengterte at de aller fleste, både pasienter og pårørende, har vanskelig for å akseptere beslutningen, men at løsningen ofte synes å være bra etter en kort stund. De to fra kommunen hadde hørt mange lignende "historier" tidligere, og trygget familien på at de fleste innser at en institusjonsplass kan gi trygghet og overskudd både til pasienten og familien rundt.

Her ble fastlegen utfordret av datteren, og bedt om å svare på hennes spørsmål. Svaret han gir, og som spesialisthelsetjenesten senere hengte seg på, kan virke som en strategisk anbefaling. Maktforholdet i en slik situasjon hvor legen og spesialisthelsetjenesten uttaler seg om hva de anser som det beste, er ikke fordelaktig for prosessen sett i lys av systemisk tenkning. Her kunne fastlegen heller spilt ballen tilbake, og spurt "når dere hører historiene som blir fortalt om Rune, hvor tenker dere han vil ha det mest optimalt over tid?", eller repetere sønnens tidligere undring "hvilken støtte far ville ha i mor, om hun slet seg helt ut?".

Men kanskje var dette likevel en forskjell som gjorde en forskjell. At man istedenfor å diskutere dette innad i familien gang på gang, eller kanskje bare med seg selv, nå fikk en mulighet til å høre en annen betraktning på forholdene rundt dette spørsmålet. Kanskje var forskjellen her at noen "med fagkunnskap" kom med sin undring, noen som hadde fulgt Rune og Sofie over tid.

Dette kan også være et eksempel på en hypotesebygging, som er forskjellig fra familiens egen hypotese om utfordringen de står overfor, samtidig som den ikke virker irrelevant og for ulik deres egen, eller hindrer de i å spinne videre på tanken.

Jeg ønsker også å dvele litt ved datter 1 sin bekymring for at faren skulle havne blant søvnige rullestolspasienter med tutekopp og smikke. Med tanke på sosialkonstruksjonismen og vektleggingen av språkets betydning, kunne dette være et utgangspunkt for å samtale rundt denne bekymringen. Samme språket kan brukes av terapeutene, for å gi familien en bekreftelse på at man er tunet inn på samme frekvens, for deretter å redefinere språket gjennom sirkulære spørsmål (Hårtveit et al. 1988). Det ville også vist en interesse og nysgjerrighet for det som blir formidlet; viktige egenskaper hos terapeuter som ønsker å benytte seg av det systemiske perspektiv. Å velge bort er også kommunikasjon. Den eventuelle følelsen datter 1 sitter igjen med, vil ingen få tak i og den samme følelsen kan resultere i at hun vegrer seg for å bidra ytterligere i møtet.

Sofies tanker rundt sykehjemsplass og hennes definering av dette som en skilsmisse, ble ikke tema på dette møtet. Jeg velger likevel å bringe det frem, som et annet eksempel på hvilken betydning språket har, og ikke minst hva det krever av årvåkenhet og bevissthet fra helsepersonell. Så lenge Sofie ikke får snakket om dette, og redefinert og satt andre ord på dette, forblir det en ufrivillig skilsmisse for henne. Om det hadde blitt et tema, ville det gitt en tyngde til diskusjonen og en større forståelse for hvor tungt dette har vært og fremdeles er for Sofie.

Spesialisthelsetjenesten reflekterte også åpent rundt de utfordringene de opplevde i hverdagen sammen med Rune. De støttet kona på at det var en krevende og utfordrende rolle å ha på døgnbasis. Kona tok flere ganger til tårene. Barna ble overrasket over omfanget av farens sykdom etter at demenssymptomene var blitt mer fremtredende, og at dette i tillegg kunne gjøre det vanskelig for faren å ta stilling til dette.

Her er det igjen betraktninger som kan oppfattes som strategiske og ledende fra ekspertene, hvor de forteller sine kliniske observasjoner og erfaringer fra samhandling. Både fastlegen og spesialisthelsetjenesten er likevel deltakere på møtet, sett i lys av systemisk tenkning. Seikkula (1996) skriver også at alle teamets medlemmer representerer seg selv, som de mennesker de er, blant andre mennesker. Og at man gjennom dette kan

diskutere åpent om sine syn. For å forbedre denne nøytraliteten, kunne dette møtet startet med presentasjon av deltakerne med navn, uten at man hadde behøvd å nevne sin yrkestittel og tilhørighet, for å øke effekten av å være ”människor bland andra människor” (Seikkula 1996, s. 105). Hårtveit og Jensen (1999) stiller seg likevel undrende til om terapeutenes maktposisjon og autoritet blir borte, bare ved og la være å snakke om det.

For å bringe Rune inn i møtet, spurte spesialisthelsetjenesten ”om Rune hadde vært tilstede, med innsikt om egen sykdom, hva ville han ønsket?”. Datter 2 var raskt ute med å svare ”pappa ville aller helst ønsket å bo hjemme, men aldri om han visste at dette ville slite ut mamma”. Sønnen repliserte: ”han ville aldri gjort mamma noen last eller noe vondt”. Det viste seg at alle var enige om dette, og deretter ble det dratt frem mange lune godord og karakteristikker om Runes personlighet.

Her får menneskene som står Rune nærmest bringe inn hans stemme til møtet. Spørsmålet gir muligheter til de pårørende om å løfte temaet, og reflektere rundt Rune sin opplevelse, samtidig som dette spørsmålet tilsynelatende var viktig for beslutningen. I en ”ideell” verden, ville nok Rune også erkjent at han ikke lenger kunne bo hjemme. Samtidig svarer dette spørsmålet fra fastlegen på det datter 3 savnet ”å skulle frata far det som han aller helst ville, og syntes det verste var at han manglet innsikten til å være delaktig i prosessen. Hadde han bare hatt denne kapasiteten, trodde hun dette ville vært så mye enklere”. Datter 3 ville så gjerne at far skulle være delaktig, dette møtet gjorde ikke det mulig, men spørsmålet åpnet likevel for at Runes stemme skulle bli hørt. Dette er et vel anvendt virkemiddel i systemisk perspektiv for å favne om personer som av ulike årsaker ikke er tilstede i selve møtet, men som likevel har en viktig tilknytning til personene som deltar og/eller til saken som diskuteres.

Videre tok fastlegen ordet igjen, og gjorde som tidligere med spørsmålet ”hva bør endres, og hva bør hver enkelt gjøre for at endringen skal finne sted?”

Her oppfordrer fastlegen til dugnad, og utfordrer alle til å tenke hva de kan gjøre for å bistå i situasjonen.

Representantene fra kommunen inviterte barna og kona til en omvisning på en aktuell sykehjemsavdeling, og snakket rundt de tilbudene de kunne tilby, samt at de innså at Rune ville trenge noen flere tilbud gjennom dagen for å skape innhold og struktur. De ønsket

også oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, da de følte det stilte større krav å ha Rune på en sykehjemsavdeling sammen med andre uten psykiske problemer. De trengte også mange tips fra pårørende på tidlige tegn til endring av stemningsleiet.

Ærlighet står sentralt i det systemiske perspektiv. Her ”avslører” representantene fra kommunen at de mangler erfaring i arbeid med mennesker med psykiske lidelser, og det kan virke som de bekymrer seg for hvordan det vil gå å ha pasienter med og uten psykisk sykdom sammen. Man kan tenke seg at åpenheten rundt dette kunne bekymre familien til å gå bort fra alternativet, men det virket likevel som ærligheten ga tillit ved at de inviterte familien og spesialisthelsetjenesten til samarbeid.

Men her ligger likevel en erkjennelse som er viktig å ta med seg videre, selv om erkjennelsen kanskje heller burde komme fra ledelsen. Det er kanskje ikke den ansatte i kommunen som mangler kompetansen, men heller at systemet mangler ferdigheter i å hankses med utfordringen sammen. Visst er vi dyktige fagpersoner, utfordringen ligger i at vi som fagpersoner også skal være gode tverrfaglig og tverrsektorielt, i en arbeidshverdag hvor tiden knapt strekker til på vår egen hylle.

Men for å lære systemet å kjenne, er de ulike subsystemene avhengige av å snakke med hverandre. Å møtes og ha et ansikt å knytte kontakten til, gir trygghet og tillit, forutsatt at møtet oppleves godt. Når denne kontakten er opprettet, kan prosessene med å lære av hverandre, se og snakke om muligheter og begrensninger, og gi støtte og erfaringsutveksle rundt utfordringene til våre felles pasienter starte. Her ligger elementene fra det systemiske perspektivet som gavepakker klare til å åpnes opp.

Barna reflekterte sammen rundt dette, og sønnen takket for at alle hadde åpnet seg og snakket ”fra levra”. Han trodde dette ville bli tøft i starten, men støttet seg til det som hadde blitt sagt, og at dette forhåpentligvis ville gi både mor og far overskudd og fine stunder. Datter 1 beklaget overfor moren at hun hadde vært så klar på at hun måtte ta far hjem. De andre barna var enige, de hadde sett for lite til far i hjemmesituasjon på lenge. De fleste hadde reist hjem i dårligere perioder, besøkt han på sykehus- og for hver gang håpt at han snart ble frisk nok til å komme hjem igjen.

Dette støtter det jeg presenterte i forhold til mennesker med demens, og hvordan de i kortere perioder kan ”skjule” symptomene på sin kognitive svikt. Samtidig sier det noe om viktigheten av å se hverandre, og sette seg spørsmålsteget til hvordan sykdom i familien

påvirker de rundt pasienten. Dette hadde kanskje også fortonet seg annerledes om spesialisthelsetjenesten hadde tatt initiativ til flere slike møter tidligere i forløpet. Når møtet var avsluttet, pustet jeg og mine kolleger lettet ut. Med hjelp av nettverksmøtet og elementer fra det systemiske perspektiv ble konklusjonen som vi hadde håpet på. Men hva hadde skjedd om kommentaren til datter 1 om ”søvnige rullestolpasienter med tutekopp og smikke” hadde blitt det som satte seg på netthinnen? Eller om Sofie fortsatt ikke ble møtt med forståelse fra sine barn og tilslutt valgte å ta Rune hjem? Eller om kommunehelsetjenestens erkjennelse av liten kompetanse skremte familien? Fra en systemisk synsvinkel blir utfordringen å godta en nest-best-løsning, og støtte seg til at det er den beste løsningen for familien.

Problemets betydelse förändras så att det viktigaste inte längre är att få kontroll över problemet genom en snabb lösning, utan att tillsammans dela det som problemet innebär (Seikkula 1996, s. 107).

Spesialisthelsetjenesten oppsummerte møtet, og avsluttet med å takke for deltagelsen. Dette var heller ingen avskjed med spesialisthelsetjenesten, da det ville være en skånsom overflytting og et langvarig ettervern rundt Rune for å optimalisere tilbudet og forhindre hyppige tilbakefall.

For å kvalitetssikre en slik oppsummering kan en også benytte seg av de fire spørsmålstypene ved blant annet å spørre ”forstår jeg deg riktig når du sier(...)?”. Dette gir personen mulighet til å korrigere eller bekrefte, og mulighet for den som stiller spørsmålet til selv å korrigere sin oppfatning dersom det blir nødvendig.

Kona gråt, og takket for at møtet ble holdt. Nå følte hun at beslutningen var felles, og at alle innså at det var det eneste riktige. Hun hadde ønsket seg en annen pensjonisttilværelse, men som så mange ganger tidligere i livet, hadde hun lært at livet gjør mange krumspring. Veivalgene kan sjelden forutses.

6.0 Konklusjon:

Jeg ser at ved bruk av elementer fra systemisk tenkning, kan en oppnå en økt samhandling både innen helsetjenesten, familien og i nettverket som helhet. Fokuset på at alles stemme skal bli hørt, gir ringvirkninger og innspill man lett kan miste ved å ignorere nettverket i arbeidet.

Behandlingsanbefalinger understreker at den individuelle tilnærmingen til våre pasienter skal være sentral. I arbeidet med personer med demens gir dette mange fallgruver, da kommunikasjonen mellom personen og den som samhandler med denne, kan bli utfordret av kommunikative og kognitive utfordringer. Likeså kan det bli vanskeligere å nå inn til den demensrammede, og forstå hans subjektive verden.

Dette alene kan forklare den fortvilte personen med demens, samt forekomsten av depressive symptomer blant så mange som 40 % av de som er inneliggende ved norske sykehjem. Videre har jeg pekt på aldringens endringer både mentalt og somatisk, som igjen gjør både hjernen og pasienten som helhet mer sårbar for endringer. Fokuset til helsearbeiderne som samhandler med personer med demens bør derfor ligge på systemisk samhandling med apparatet rundt og miljøterapeutiske tiltak.

Pårørende er viktige samarbeidspartnere, og et essensielt ankerfeste for den demensrammede. Oppgavene i denne rollen er likevel store, og til tider svært krevende. Pårørende løper en høy risiko for selv å bli deprimerte. For at de rundt pasienten ikke selv skal havne opp som pasienter, fordrer det omsorg og årvåkenhet av oss. Det er heller ingen selvfølge at de pårørende er enige om hva som er best, og hvordan man helst skulle håndtert krisen som rammer familien. I denne oppgaven har jeg prøvd å kaste lys på disse utfordringene, hvor vi som helsearbeidere skal bli bedre i stand til å se pasient og nettverk, for sammen å dra nytte av hverandres kompetanse og erfaringer.

Ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten til et kommunalt tilbud faller ofte pasientgruppen jeg har beskrevet mellom flere stoler. Sykehjemsavdelingene er i pressede

situasjoner allerede før spesialisthelsetjenesten ringer for ”å melde” den neste pasienten, som også vil kreve mye tid og ressurser. Tid og ressurser man ikke har. Å skulle se pasienten og dens behov, blir derfor store utfordringer. På samme tid ser man pårørende som selv er på randen av å trenge offentlig bistand.

Å snakke sammen, med hverandre og til hverandre blir essensielt. Dette krever gode kommunikative egenskaper. Å kommunisere må løftes til noe annet enn en rask kommentar på korridoren. Det må lede til en endring til det bedre for den andre, på forhånd igangsatt av en bevissthet og et ønske om å være der for den andre.

Det sirkulære begrepet viser oss at en hendelse står i relasjon til andre hendelser, og at disse påvirker hverandre gjensidig. I min arbeidshverdag kommer dette klart til uttrykk, både hos pasienter med gode relasjoner til sitt nettverk og de med begrenset eller manglende relasjoner. Det systemiske perspektiv har helt klart mange fordeler i forhold til det relasjonelle og sirkulære hensynet, som igjen kan forbedre den tjenesten vi gir.

Språkets betydning er essensielt i det systemiske perspektiv, både hvordan man kommuniserer med hverandre og benytter seg av den informasjonen som kommer frem. Det krever en årvåkenhet og nysgjerrighet på sirkulære mekanismer i møtet, både hos nettverket og sin egen profesjonelle rolle.

Jeg ser for meg at en økt bruk av det systemiske perspektiv fordrer gode ”selgere” når man eksempelvis skal bringe den demensrammede og hans nettverk til samtaler. Det råder fortsatt fordommer til psykiske lidelser, og skepsis til profesjonene innen feltet.

I min arbeidshverdag ser jeg et stort forbedringspotensiale i forhold til en mer helhetlig omsorg for den demensrammede, ved økt fokus på elementer fra det systemiske perspektiv. Dette perspektivet krever heller ingen slavisk struktur, og de ulike kan elementene kan være ulike fra tilnærming til tilnærming. Den kognitive svikten disse pasientene sliter med, understreker likevel viktigheten av å komme i gang med dette arbeidet så tidlig i demensutviklingen som mulig.

Det gis ingen garantier for utfallet av nettverksmøtene, og man må derfor være beredt på å jobbe videre med nest-best-løsninger. Det er disse løsningene som er de beste for nettverket, og som derfor blir utgangspunktet for arbeidet man gjør i etterkant.

Eldrebolegen er meldt, og vil nå sin topp i 2020. Kanskje ligger løsningen på å redusere noen av eldrebolegens utfordringer i økt bruk av elementer fra det systemiske perspektiv?

7.0 Litteratur/Referanser:

Engedal, Knut; Haugen, Per Kristian 2006 "Lærebok Demens: Fakta og utfordringer" 4. utgave Forlaget Aldring og helse

Eidem Krüger, Ragnhild M(red); Lillesveen, Birger; Nåvik, Marit; Mork Rokstad, Anne Marie; Wogn-Henriksen, Kjersti; Øvereng, Allan 2007 "Det går an! Muligheter i miljøterapi" 2.opplag Forlaget Aldring og helse

Haugsgjerd, Svein; Jensen, Per; Karlsson, Bengt; Løkke, Jon A (2002) "Perspektiver på psykiske lidelser: å forstå, beskrive og behandle" 2- utgave, 4. opplag Gyldendal Norsk Forlag AS

Hårtveit, Håkon; Johnsen, Astri; Tømmerås, Solrun (red) (1988) "Gjennom speilet og tilbake: refleksjoner over systemer i behandling, behandlingssystemer og systemisk behandling" TANO

Hårtveit, Håkon; Jensen, Per (1999) "Familien – pluss én: innføring i familieterapi" Tano Aschehoug

Lemvik, Bjarne (2006) "Å skape gode livsvilkår: Psykisk helsearbeid i kommunen" Kommuneforlaget AS

Schjødt, Borrik; Egeland, Thor Aage (1989) "Från systemterapi till familjeterapi" TANO Oslo AS

Seikkula, Jaakko (1996) "Öppna samtal: från monolog till levande dialog i sociala nätverk" Bokförlaget Mareld

Solheim, Kirsti 2009 "Demensguide: holdninger og handlinger i demensomsorgen" 2.utgave Universitetsforlaget

Tomm, Karl (2003) "Systemisk intervjumetodik: en utveckling av det terapeutiska samtalet" Mareld

Vedeler, Gerdt Henrik (1994) "Klienten og terapeuten mellom flere hjelpere: må flere kokker bety mer søl?" Artikkelsamling modul IV og V, Høyskolen i Molde.

